

# Doing well, getting better

Citation for published version (APA):

Bindels, E. (2021). Doing well, getting better: facilitating physicians' reflection on their professional performance. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Ipskamp Printing BV.  
<https://doi.org/10.26481/dis.20210222eb>

**Document status and date:**

Published: 01/01/2021

**DOI:**

[10.26481/dis.20210222eb](https://doi.org/10.26481/dis.20210222eb)

**Document Version:**

Publisher's PDF, also known as Version of record

**Please check the document version of this publication:**

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

**General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

**Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## SUMMARY IN ENGLISH

'Reflection' has become established as a key principle underpinning maintenance of standards within professional education and practice. Reflection is considered to be the driving force of lifelong learning and performance improvement. As described in **chapter 1**, the ongoing transition from continuing medical education (CME) to continuing professional development (CPD) signifies that physicians' learning is no longer limited to the updating of medical knowledge, but that physicians also regularly reflect on the broad spectrum of competencies that are necessary for optimal performance in modern healthcare. Currently, there is great emphasis on ensuring that physicians can demonstrate that they are engaging in the process of reflection on professional practice; CPD activities are increasingly made mandatory for professional re-registration. Physicians are required to use assessment and feedback data from their workplace to guide their learning and practice improvement. This approach aims to raise the quality of physicians' performance to a higher level, in line with the adage "doing well, getting better". However, adopting an instrumental approach to reflection may result in the creation of rituals more than any meaningful insight. When reflection is experienced in an overly prescriptive manner and subject to formal evaluation, the very essence and purpose of reflection may be compromised. Therefore, in this thesis, the following research question was addressed:

**How can reflection on physicians' professional performance be best facilitated to serve their developmental needs?**

In the four studies included in this thesis, the concept of reflection was explored by taking the perceptions of physicians themselves as a starting point. It was investigated how, in the context of mandatory re-registration, physicians' professional development could be stimulated and performance appraisal conversations could be rendered meaningful, for example by investing in in-depth coaching and drafting realistic personal development plans or by involving peers in these conversations. Finally, the focus shifted from individual physicians in the context of their peer group to the physician group itself. A new multisource feedback tool for evaluating the performance of physician groups was developed and tested.

In **chapter 2**, we turned to the context of daily practice to shed light on physicians' developmental needs and to find clues for meaningfully facilitating reflection to support physicians' professional development. We investigated how physicians themselves describe their relation to reflection in professional practice. In the perception of physicians, reflection does not only play a role in maintaining medical expertise, but also in maintaining relationships, both with others (patients, peers, collaborative partners in the healthcare organization) and with oneself.

Reflection was understood as an interplay between an internal dialogue (a private conversation with oneself) and an external dialogue (a conversation with others). Physicians highlighted the fuzziness of the reflective process, comparing it to a process of 'rising above the fog' in order to determine strategy and take informed action. The fuzziness was closely linked to the complexity of practice and the power dynamics inherent to working with others in a complex healthcare organization. A psychologically safe environment appeared as a prerequisite for facilitating reflection; occasionally speaking to someone outside of one's professional 'bubble' was deemed helpful.

In **chapter 3**, we report on the design and implementation of a performance appraisal system in an academic medical center. Making reflection and professional development mandatory for professional re-registration presents itself as a dilemma, since mandatory accountability and transparency requirements seem principally incompatible with physicians' needs for psychological safety and intrinsic motivation. The performance appraisal system was designed in such a way that the mandatory nature of participating in the system did not detract from satisfying physicians' developmental needs. The heart of the system consisted of a two-hour peer-to-peer coaching session, in which coaches guided physicians' reflection upon their multisource feedback results and assisted them in drafting a personal development plan for which the physician was intrinsically motivated. Important factors for rendering the coaching session meaningful included (1) an appreciative and development-oriented coaching process, (2) a skilled and trustworthy coach, and (3) separation of the formative coaching session from the hierarchical annual review with the physician's superior/head of department. The successful implementation and positive reception of the system was due to a collaborative approach to designing the system and the involvement of physicians, organizational leadership and regulators.

In **chapter 4**, we investigated an alternative format for a one-on-one coaching session, i.e. a peer group session. During a peer group session, led by a professional facilitator, physicians shared their reflection on their multisource feedback results with the peers of their specialty-specific group with whom they worked together on a daily basis. This group format is increasingly used as an addition or alternative to one-on-one coaching sessions, as it establishes a clear link between physicians and their social context. Overall, sharing reflections was experienced as a source of social support and a means for deepening collegial relations. Physicians perceived the group session as helpful in realizing actual change in practice by creating a sense of urgency for improvement. Important factors for rendering the group session meaningful included (1) an experienced facilitator capable of navigating group dynamics, (2) longitudinal trusting relationships, (3) a limited group size, and (4) absence of profound organizational disturbances or excessive personal struggles.

In **chapter 5**, we shifted the focus from individual physicians in the context of their peer group to the physician group itself in the context of the wider healthcare organization. In this chapter, we report on the development and validation of the Group Monitor instrument, a multisource feedback tool to provide feedback on physicians' group performance. Physician group received input from four rater classes: (1) members of the physician group itself (self-assessment), (2) support staff, (3) hospital managers, and (4) peers from other medical specialties. Four subscales were distinguished: Medical practice, Organizational involvement, Professionalism, and Coordination. The rater classes "physicians (self-assessment)" and "support staff" had an additional subscale, Communication. An important finding was that rater classes perceived items differently; the fuzziness in these perceptions appeared to be attributed to contextual factors, such as the medical specialty of the physician group and the hospital in which the physician group worked.

In **chapter 6**, the main findings of the individual studies were summarized and considered in relation to physicians' needs for competence, autonomy and relatedness and literature regarding physicians' individual and collective competence.

Implications for practice include the following:

- Healthcare institutions need to allocate sufficient resources to implement systems that support easy access to performance assessment feedback data, while adding not too much administrative burden to physicians and the healthcare organization in general. Resources should also be allocated to train and supervise coaches.
- Hospital management and regulatory authorities need to ensure that performance appraisal and coaching systems accommodate physicians' need for follow-up sessions. Physicians' experiences with one-on-one and groups-based coaching conversations should be carefully monitored.
- In addition to reflection on individual performance, attention must be paid to reflection on the performance of physician groups. In order to develop a performance assessment *program*, a link must be established between performance assessment initiatives at the individual and group level.

Directions for future research include the following:

- Future studies should look at the contributions of one-on-one and group-based coaching conversations to physicians' long-term behavior change, as perceived by physicians themselves (self-report), but also by colleagues and patients.
- Variation among coaching practices across healthcare institutions deserves attention, as does the added value of patient feedback to the performance appraisal process.

- In order to adjust coaching methodologies, the range of topics that are discussed during coaching sessions needs to be explored. These topics may include work engagement, vitality and occupational well-being, career development and sustainable employability, and inter-professional teamwork and collaboration.

## SUMMARY IN DUTCH

'Reflecteren op het eigen functioneren' is een belangrijk uitgangspunt geworden voor het handhaven van normen binnen het beroepsonderwijs en de klinische praktijk. Reflectie wordt beschouwd als de drijvende kracht achter levenslang leren en verbeteren. Zoals beschreven in **hoofdstuk 1** betekent de geleidelijke shift van *continuing medical education* (CME) naar *continuing professional development* (CPD) dat het leren van artsen niet langer beperkt blijft tot het up-to-date houden van medisch inhoudelijke kennis. Artsen dienen ook regelmatig te reflecteren op het brede spectrum van competenties die nodig zijn voor optimaal functioneren in de moderne gezondheidszorg. Momenteel ligt er grote druk op artsen om te laten zien dat zij 'lerend' zijn en reflecteren op hun functioneren; om deze reden worden CPD-activiteiten steeds vaker verplicht gesteld voor professionele herregistratie. Artsen worden geacht om beoordelings- en feedbackgegevens van hun werkplek te gebruiken als input voor hun leerproces. Deze aanpak heeft tot doel artsen zo optimaal mogelijk te laten functioneren, in lijn met het adagium "goed zijn en beter worden". Het verplicht stellen van reflecteren en het benaderen van reflecteren op een instrumentele manier kan echter sociaal wenselijk gedrag in de hand werken, in plaats van dat het reflecteren daadwerkelijk bijdraagt aan inzicht in eigen functioneren. Om deze reden staat in dit proefschrift de volgende onderzoeksvraag centraal:

**Hoe kan reflectie op het professioneel functioneren van artsen het beste worden gefaciliteerd om tegemoet te komen aan hun leer- en ontwikkelbehoeften?**

In de vier studies die in dit proefschrift zijn opgenomen, is het concept van reflectie onderzocht door de percepties van artsen zelf als uitgangspunt te nemen. Onderzocht werd hoe in het kader van verplichte herregistratie de professionele ontwikkeling van artsen gestimuleerd kon worden en functioneringsgesprekken betekenisvol konden worden ingericht, bijvoorbeeld door te investeren in diepgaande coaching en het opstellen van realistische persoonlijke ontwikkelplannen of door collega's te betrekken bij deze gesprekken. Ten slotte verschoof de focus van individuele artsen in de context van hun collega-groep naar de vakgroep zelf. Er is een nieuwe multisource feedbacktool ontwikkeld en getest om het functioneren van vakgroepen te evalueren.

In **hoofdstuk 2** hebben we ons gericht op de context van de dagelijkse praktijk om inzicht te krijgen in de leer- en ontwikkelbehoeften van artsen en om aanwijzingen te vinden voor het zinvol faciliteren van reflectie ter ondersteuning van hun professionele ontwikkeling. We onderzochten hoe artsen zelf hun relatie tot reflectie in de beroepspraktijk ervaren. In de beleving van artsen speelt reflectie niet alleen een rol bij het up-to-date houden van medisch-inhoudelijke kennis,

maar ook bij het onderhouden van relaties, zowel met anderen (patiënten, peers, samenwerkingspartners in de zorgorganisatie) als met zichzelf. Reflectie werd opgevat als een samenspel tussen een interne dialoog (een privégesprek met jezelf) en een externe dialoog (een gesprek met anderen). Artsen karakteriseerden het reflectieve proces als 'fuzzy' en vergeleken het met een proces van 'boven de mist uitstijgen' om strategie te bepalen en om actie te ondernemen op basis van vergaarde informatie. Deze neveligheid was nauw verbonden met de complexiteit van de praktijk en de machtsdynamiek die inherent was aan het samenwerken met anderen in een complexe zorgorganisatie. Een psychologisch veilige omgeving bleek een voorwaarde te zijn voor zinvolle reflectie; af en toe van gedachten wisselen met iemand buiten de eigen professionele 'bubbel' werd nuttig geacht.

In **hoofdstuk 3** hebben we gerapporteerd over het ontwerp en de implementatie van een systeem voor functioneringsgesprekken in een academisch ziekenhuis. Het verplicht stellen van reflectie en professionele ontwikkeling in het kader van herregistratie vormt een dilemma, aangezien verantwoordings- en transparantie-eisen haaks lijken te staan op de intrinsieke motivatie van artsen en hun behoefte aan psychologische veiligheid. Het systeem voor functioneringsgesprekken werd zo ontworpen dat het verplichte karakter van deelname aan het systeem geen afbreuk zou doen aan de ontwikkelbehoeften van artsen. Het hart van het systeem bestond uit een twee uur durend collegiaal gesprek. Zogenaamde peer-coaches begeleidden artsen bij het reflecteren op hun multisource feedbackresultaten en ondersteunden hen bij het opstellen van een persoonlijk ontwikkelplan (POP) waarvoor de arts in kwestie intrinsiek gemotiveerd was. Belangrijke factoren om het gesprek zinvol te maken waren onder meer (1) een waarderende en ontwikkelingsgerichte coachingsmethodiek, (2) een bekwame en betrouwbare coach, en (3) scheiding tussen het formatieve functionerings-gesprek en het hiërarchische jaargesprek met het afdelingshoofd. De succesvolle implementatie en positieve ontvangst van het systeem was te danken aan een gezamenlijke aanpak bij het ontwerpen van het systeem en de betrokkenheid van artsen, afdelingshoofden, ziekenhuisbestuurders en toezichthouders.

In **hoofdstuk 4** hebben we groepsgesprekken onderzocht als alternatief voor de één-op-één collegiale gesprekken. Tijdens een groepsgesprek, (be)geleid door een professionele facilitator, deelden artsen hun persoonlijke reflecties op hun feedbackresultaten met de collega's van hun vakgroep met wie zij dagelijks samenwerkten. Deze gespreksvorm wordt steeds vaker gebruikt als aanvulling op of alternatief voor één-op-één gesprekken, omdat het een duidelijke link legt tussen de individuele arts en zijn/haar sociale context. Over het algemeen werd het delen van reflecties met collega's ervaren als een bron van sociale steun en een middel om collegiale relaties te verdiepen. Artsen achtten het groepsgesprek nuttig voor het op gang brengen van verandering in de praktijk omdat het gesprek een gevoel

van urgentie voor verandering creëerde. Belangrijke factoren om de groepssessie zinvol te maken waren onder meer (1) een ervaren facilitator die in staat was op een goede manier om te gaan met groepsdynamiek, (2) reeds langer bestaande vertrouwensrelaties, (3) een beperkte groepsgrootte en (4) de afwezigheid van ernstige organisatorische ongeregelheden of persoonlijke problemen.

In **hoofdstuk 5** hebben we de focus verlegd van de individuele arts in de context van zijn/haar collega-groep naar de vakgroep zelf in de context van de bredere zorgorganisatie. We ontwikkelden en valideerden een nieuwe multisource feedbacktool om de performance van vakgroepen te evalueren, de Groepsmonitor. De vakgroep ontving input van vier respondentgroepen: (1) leden van de vakgroep zelf (zelfevaluatie), (2) ondersteunend personeel, (3) ziekenhuismanagers en (4) collega's uit aanpalende medische specialismen. Er werden vier subschalen onderscheiden: Medische praktijkvoering, Betrokkenheid bij de organisatie, Professionaliteit en Coördinatie. De respondentgroepen 'vakgroepleden (zelfevaluatie)' en 'ondersteunend personeel' hadden een aanvullende subschaal, Communicatie. Een belangrijke bevinding was dat respondentgroepen de items verschillend interpreteerden; de 'fuzziness' in hun percepties bleek toegeschreven te kunnen worden aan contextfactoren, zoals het medisch specialisme van de vakgroep en het ziekenhuis waarin de vakgroep werkzaam was.

In **hoofdstuk 6** werden de belangrijkste bevindingen van de individuele studies samengevat en in verband gebracht met de behoeften van artsen aan competentie, autonomie en verbondenheid. Ook werden de bevindingen besproken in relatie tot literatuur over de individuele en collectieve competentie van artsen.

Implicaties voor de praktijk zijn onder meer:

- Zorginstellingen dienen voldoende middelen vrij te maken om systemen te implementeren die eenvoudige toegang tot feedbackgegevens mogelijk maken en administratieve rompslomp voor de arts en de organisatie beperken. Daarnaast dienen er middelen te worden vrijgemaakt om coaches op te leiden en te ondersteunen.
- Ziekenhuismanagers, bestuurders en toezichthouders dienen erop toe te zien dat systemen voor functioneringsgesprekken voorzien in de mogelijkheid voor vervolgesprekken. De ervaringen van artsen met collegiale één-op-één gesprekken en groepsgesprekken moeten zorgvuldig worden gemonitord.
- Naast reflectie op het functioneren van individuele artsen dient er aandacht te worden besteed aan reflectie op het functioneren van vakgroepen. Om een solide programma van functioneringsgesprekken te ontwikkelen dient er een link te worden gelegd tussen functioneringsgesprekken op individueel en groepsniveau.



Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek zijn onder meer:

- Toekomstige studies dienen zich te richten op de bijdragen van één-op-één en groepsgesprekken aan gedragsverandering van artsen op de lange termijn. Hierbij is het van belang de zelfrapportage van artsen in ogenschouw te nemen, maar zeker ook de rapportage van collega's en patiënten.
- Variatie in coachingspraktijken tussen zorginstellingen verdient aandacht, evenals de toegevoegde waarde van patiëntfeedback.
- Voor een verdere verfijning van coachingsmethodieken dienen de verschillende onderwerpen die tijdens gesprekken de revue passeren nader te worden verkend. Deze onderwerpen kunnen betrekking hebben op bevlogenheid, vitaliteit en welzijn, loopbaanontwikkeling en duurzame inzetbaarheid, en interprofessionele samenwerking.